EIN FALL

VON

CYLINDEREPITHELCARCINOM DES OESOPHAGUS

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

DR PAUL V. BAUMGARTEN

O. Ö. PROFESSOR DER ALLGEMEINEN PATHOLOGIE UND PATHOLOGISCHEN ANATOMIE, VORSTAND DES PATHOLOGISCHEN INSTITUTS IN TÜBINGEN

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT IN TÜBINGEN

VORGELEGT

VON

WILHELM MEYER

APPROB. ARZT AUS WILHELMSHAVEN

TÜBINGEN

BUCHDRUCKEREI VON G. SCHNÜRLEN

1903.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Tübingen
Referent: Prof. Dr. v. Baumgarten.
Juli 1903.

Meinem Vater

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30603857

Das Carcinom des Oesophagus ist wegen seiner Inanspruchnahme des klinischen Interesses in der Litteratur vielfach der Gegenstand eingehender Erörterungen; die Diagnostik, die Therapie und die gefährlichen Complicationen bei der Nachbarschaft lebenswichtiger Organe drängten besonders die klinischen Gesichtspunkte in den meisten Abhandlungen über dieses Thema in den Vordergrund, während der pathologische Character der Geschwulst daher leicht begreiflicher Weise weniger Berücksichtigung fand; und doch spielen sich in der Speiseröhre so viele entwickelungsgeschichtlich interessante Vorgänge ab, dass diese schon allein in Beziehung gesetzt zur brennenden Aetiologiefrage des Carcinoms das Auge des Forschers auf sich lenken müssen. Der Speiseröhrenkrebs dürfte in dieser Hinsicht manche wertvolle Fingerzeige gegeben haben und noch viele geben. Fast in den meisten grösseren Lehrbüchern wird bei der Besprechung desselben sich mit der Bemerkung begnügt, dass hier der Charakter eines Plattenepithelcarcinoms vorläge, dann und wann auch Cylinderepitheliome gefunden würden.

Es sind, soweit mir die Verhältnisse ein Durchgehen der diesbezüglichen Litteratur und damit ein Urteil gestatteten, nur sehr wenige Fälle von Cylinderepithelkrebsen mit einer näheren Fixation ihres Charakters an die Oeffentlichkeit gebracht worden. Die Dissertation von Heinrich Kinscher behandelt einen ähnlichen Fall, er geht hierbei auf die Litteratur ein, die ich in kurzem wiedergeben und nach dem heutigen Stande ergänzen will.

Die von Weigert in Virchows Archiv beschriebene als Adenoma polyposum gedeutete und in Parallele zu den analogen Bildungen des hintersten Teiles des Verdauungskanales gestellte Geschwulst dürfte wohl als „Epitheloidcarcinom“ zu erklären sein, Zenker sagt darüber: „Sie dürfte wohl von den Schleimdrüsen des Oesophagus ausgegangen sein.“

In demselben Archiv wird bei einem Plattenepithelcarcinom des Oesophagus besonders auf das Mitergriffensein der Schleimdrüsen hingewiesen.

In Schmidts Jahrbüchern wird der von Parmentier erwähnte „sehr seltene Fall eines Schleimdrüsenkrebses des Oesophagus angedeutet.“

Weiterhin erzählt Cölle in seiner Dissertation von einer über der Mitte des Oesophagus gelegenen Geschwulst, die seinem Lumen zu geschwürig zerfallen war und mit festen Knoten in die Trachea hineinragte. Mikroskopisch fand er zahlreiche epitheloide Zellen von verschiedener Grösse und runder Form mit stark körnigem Leib, grossem bläschenförmigen Kern und Kernkörperchen, aber keine verhornten Zellen oder gar Schichtungskugeln.

Birch-Hirschfeldt beobachtete zwei primäre Krebsgeschwülste des Oesophagus von glandulärem Bau mit cylindrischen Zellen; beide Male bildete die Geschwulst insuläre höckerige Tumoren mit ulcerierter Oberfläche, sie war bis in die Muscularis vorgedrungen.

Die mikroskopische Untersuchung des Falles IL in der Dissertation von Knaus, Berlin, lieferte folgendes Ergebnis: „Die Geschwulst zeigt die für das Carcinom charakteristische Anordnung von bindegewebigen Strängen, in welche epitheliale Alveolen eingelagert sind. Diese Epithelzellen sind meist kreisförmig angeordnet, so dass man in die offenen Lumina von Drüsengängen zu sehen glaubt.“ Nach näherer Kennzeichnung dieses Falles bemerkt er zum Schluss: „In den vor-

liegenden Präparaten dagegen sind die Epithelzellen gerade der jüngeren Alveolen von cylindrischer Gestalt.

Die deutsche medicinische Wochenschrift J. 92 berichtet über eine von Karewsky demonstrierte als Adenocarcinom der Speiseröhre gedeutete Geschwulst.

Im Archiv für klinische Chirurgie erhellt Dr. G. Gottstein die diagnostische Bedeutung der Probexcision auf oesophagoskopischem Wege und erwähnt hierbei: Vom Januar 1899 bis April 1902 wurde die Probeexcision auf oesophagoskopischem Wege in der Breslauer chirurgischen Klinik 47 Mal in 34 Fällen vorgenommen. In den meisten Fällen handelte es sich um Carcinome: 26 Plattenepithelkrebse, 3 Drüsenkrebse, 1 Gallertkrebs, 1 Medullarkrebs, 1 Ulcus pepticum, 1 Actinomycose.

Zuletzt sei das Carcinom kurz gestreift, das von Kinscher zur Grundlage seiner Arbeit benützt wurde; dem mikroskopischen Befunde entnehme ich folgende Einzelheiten: An dem einen Ende des etwa 2,5 cm langen Präparates ist, ungefähr ein Drittel desselben einnehmend, die Ringmuskelschicht und Muscularis mucosae in fast unvermitteltem Übergange um ungefähr das Doppelte verdickt und von dieser Seite her mit typischem Plattenepithel bekleidet. Dies verschwindet bereits in der Mitte der Vorbuckelung des makroskopisch als Knötchen aufgefallenen Gebildes, indem hier bereits das Geschwür beginnt. Gerade an der Grenze der Ulceration beginnt ein Zug von drüsenartigen Gebilden, die mehr oder weniger im Querschnitt, seltener im Schiefschnitt getroffen sind, in einiger Entfernung vom Rande, demselben einigermassen parallel, jedoch mit der Tendenz nach der Tiefe, hinziehen und in ihrer Richtung anscheinend von Muskelbündeln bestimmt sind. Man sieht mehrere rundliche Drüsendurchschnitte, meist mit rundlichem oder sternförmigem Lumen, zum Teil sind sie solide, das Epithel ist mehr schichtig etc. In seiner Epikrise betont er den Charakter eines

Adenocarcinoms, der sich aus dem Vorkommen entarteter Drüsen in der Gegend des wahrscheinlichen Ausgangspunktes der Geschwulst ergäbe, besonders aber aus dem adenomatösen Bau der Wucherung, der Gestalt der spezifischen Geschwulstelemente, dem Fehlen der Caneroidperlen auch in den zellreicheren Epithelconglomeraten und der Intaktheit des oberflächlichen Plattenepithels.

In der Litteratur sind ausser den vorhergehenden noch einige Fälle bekannt, welche sich als Plattenepithelkrebse mit weniger gleichzeitiger Entartung einzelner Schleimdrüsen auszeichneten, daher unberücksichtigt bleiben können.

Nachstehend lasse ich nun die Beschreibung eines vom Marienhospital zu Stuttgart von Herrn Prof. Dr. Zeller übersandten Präparates, für dessen freundliche Überlassung meinen herzlichen Dank auszudrücken ich mir an dieser Stelle erlaube, folgen. Zunächst die Krankengeschichte:

Anamnese, aufgenommen am 26. Januar 1901: Früher will Patient, August Schramm, 50 Jahre alt, Zimmermaler, stets gesund gewesen sein; im Juli 1899 erkrankte er mit Erbrechen von schwarzem glattem Blut. Dr. Rosner war behandelnder Arzt und verordnete Eis und nur Milch, strenge Bettruhe etc. Nach einigen Tagen sei der Stuhl schwarz gewesen. Dies habe sich am 8. Januar 1900 wiederholt, das Schlucken sei immer leicht gegangen, von nun an aber habe sich dieses Bluterbrechen alle 6 — 7 Wochen wiederholt, und im Mai 1900 seien Schlingbeschwerden hinzugetreten. Patient habe nur Milch und Eier zu sich nehmen können, täglich 6 — 8 Eier und 3 — 4 Liter Milch, trotzdem sei das Körpergewicht immer abwärts gegangen von 198 auf 123 Pfd., Patient habe auch viel mit Schleim zu schaffen gehabt, der von braunroter Farbe war. Vom Mai ab wurde er von Dr. Hirsch mit Wismuth behandelt. Patient gibt noch an, seit September könne er $^1/_2$ l gemischte Nahrung sehr leicht nur dadurch wieder entleeren, dass er den Kopf etwas neige, er fühlt gut, dass eine Ansammlung oberhalb des Magens stattfände. Die Ausbuchtung hätte er mit „3 Leberknödeln“ füllen und dann wieder zur Entleerung bringen können. Die Nahrungsaufnahme war

in letzter Zeit nur auf Milch und Suppen beschränkt, wovon sehr wenig in den Magen überging.

Status praesens: Stark abgemagerter grosser Mann; 31 cm hinter den Zähnen gelangt man an ein Hindernis, über das eine gewöhnliche Sonde leicht hinausgeht. Eine Olivensonde kann nach Überwindung dieses Hindernisses durch Druck 40 cm eingeführt werden, nach dieser Prozedur erfolgt sofort eine Blutung von ca. 10 ccm Blut, Epithelfetzen sind nicht beigemischt. Eine Oesophagoscopie ist wegen der Blutung unmöglich. Besonders klagt Patient über Durstgefühl. In den letzten Tagen vor der Operation litt er sehr unter Hunger. Am 28. Januar 1901 wurde die Gastrostomie gemacht. 20. X. 01: Patient fühlt sich wohl, Oesophagus ganz undurchgängig, er arbeitet wie früher, eine grössere Blutung kam zuletzt vor 1/4 Jahr, jetzt nur noch Spuren. Seit 10 Wochen bemerkt er kleinen wachsenden Tumor hinter dem linken Ohr auf der Kopfschwarte, der neuralgische Beschwerden macht. Unter zunehmender Cachexie und Bildung von ca. 10 Metastasen auf dem Kopf und in beiden Inguinalgegenden ist Patient am 30. IX. 02 gestorben.

Sektionsprotokoll: Im Gehirn und an der Schädelbasis finden sich keine Metastasen, dicht über der Cardia beginnt ein kolossales geschwürig zerfallenes Carcinom, das fast bis zur Bifurcation der Trachea hinaufreicht. Am aufgeschnittenen Präparat stellt es eine handgrosse Fläche dar, die Wände des Oesophagus sind 3—4 cm dick. Das Carcinom ist per contiguitatem auf das Zwerchfell und das Mediastinum anterius fortgewuchert. Hier finden sich grosse Platten mit zahlreichen metastatischen Knötchen, ferner zahllose Metastasen in beiden Lungen und rechter Pleura costalis, links nur wenige. Die Leber ist frei von Metastasen, dagegen starke Bindegewebswucherung, im Abdomen nirgends Metastasen.

Das dem pathologischen Institut zu Tübingen übersandte Präparat bietet folgendes makroskopisches Bild. Man sieht die vom Tumor eingenommene untere Hälfte des Oesophagus losgelöst aus den Verwachsungen mit dem Mediastinum und dem sonstigen von krebsigen Wucherungen durchsetzten umgebenden Gewebe. Ebenfalls ist der Magen, an dem man noch die künstlich angelegte Fistel erkennt, mit ihm im Zusammenhang geblieben. Die Oesophagusgeschwulst ist von ungefähr faustgrosser, spindelförmiger Gestalt und

relativ fester, derber Konsistenz. Ein eigentliches sichtbares ausgesprochenes Lumen, das dem Oesophagus entspricht, ist nicht vorhanden, jedoch ist die Innenfläche in ganzer Ausdehnung geschwürig zerfallen. Bei der makroskopischen Besichtigung scheint der Tumor an der Cardia plötzlich abzubrechen und sich nicht auf den Magen selbst fortzusetzen, nur an einer Stelle wird die Schleimhaut von der wuchernden Geschwulst wenig vorgewölbt. Die Wanddicke des circulären Neoplasmas beträgt 3—4 cm, am oberen Pole ist noch eine kurze Strecke normalen Oesophagusgewebes erhalten geblieben. Auf der einen Seite sieht man noch die Überwucherung auf einen Teil des Zwerchfelles und die Auflagerung einzelner haselnussgrosser Knötchen. Auch die Aorta thoracica ist von dem Carcinom am Übergang des Arcus zur Aorta descendens zu 2 Dritteln umschlossen. Die Massen der Neubildung durchdringen sogar an dieser Stelle die ganze Aortenwand und wölben sich in das Lumen als runde flache Höcker vor, über denen an einigen Stellen normales Aortengewebe in geschwürige Carcinommassen zerfallen ist. Auch einige an dem Präparat erhalten geblienene Bronchialdrüsen sind mit ergriffen, dagegen lässt sich das Verhalten des Carcinoms zu den Bronchien nicht mehr näher feststellen.

Mikroskopischer Befund:

Der makroskopische Befund betreffs der zum Teil erhaltenen Oesophaguswand am oberen Pole der Geschwulst deckt sich auch mit dem mikroskopischen, es findet sich hier normales Plattenepithel und zwar geht dieses in ziemlich scharfer Grenze in die ihres Epithels beraubte geschwürige carcinomatöse Innenfläche über. Jedoch bestätigt sich nicht der makroskopische anscheinende Befund und darausfolgende Schluss auf das völlige Intaktsein der Magenschleimhaut. Die carcinomatöse Wucherung ist vom Cylinderepithel des Magens nicht durch einen Ring normalen Gewebes abgetrennt, sondern sie setzt sich auch eine kurze Strecke unter diese hinunter fort, das Epithel und die Magendrüsen von unten her emporhebend. Das histologische Präparat zeigt an den übrigen Stellen dem Lumen zu eine Schicht von fetzigen zerrissenen Gewebsmassen, die keinerlei Kernfärbung mehr ergeben. Weiterhin wird die Wand durch grössere Alveolen und Stränge begrenzt, die gebildet sind durch unregelmässig durcheinandergeworfene Schläuche von hohem Cylinderepithel, das

meist mehrschichtig gelagert ist und der Nachbarschaft ohne scharfe Grenzen oder Membrana propria aufliegt. Im Centrum der drüsenähnlichen Schläuche liegt ein feinkörniger Detritus, der allerdings vielfach noch, wenn auch undeutlich Conturen von Zellen erkennen lässt, obwohl ohne jede Andeutung von Kern, so dass dieser wohl mehr als zerfallene Zellmassen als etwaige Sekretion der wandständigen Zellen gedeutet werden dürfte. An anderen Stellen kann von einer drüsenförmigen Lagerung der Zellen kaum mehr die Rede sein, sondern diese liegen dicht in kleineren Häufchen wirr durcheinander, umgeben von zerfallenen Zellmassen. Die erwähnte Abgrenzung in Alveolen und Nester wird bedingt durch Bindegewebszüge, die teils in dichteren gefässführenden Strängen den Tumor durchsetzen oder sich von solchen aus in feinere Maschen auflösen. Die Cylinderepithelwucherung beschränkt sich aber nicht darauf, diese Maschen auszufüllen, sondern vielfach sieht man ohne scharfe Grenzen Zellhaufen und Nester in die Gewebsstränge vorgeschoben, der Masse nach überwiegen die Carcinomnester das Bindegewebe. Dies zeigt ausserdem noch an manchen Stellen dichte kleinzellige Infiltration, besonders an der oberen Grenze gegen den erhaltenen Oesophagus hin.

Wir haben es also hier mit einem typischen Cylinderepithelcarcinom zu tun, das in seiner Ausdehnung von der Cardia herauf bis zur Bifurcationsstelle der Trachea ungefähr die ganze untere Hälfte des Oesophagus einnimmt, das zum Teil noch einen drüsenartigen Charakter trägt, welcher aber mehr durch Zerfall der centralen Zellen hervorgerufen wird als durch primäres Vordringen drüsenähnlicher Schläuche.

Die Hauptmasse der Geschwulst konzentriert sich auf das untere Drittel der Speiseröhre, welchen Teil Birch-Hirschfeld, Ziegler und Rebitzer als die Prädilektionsstelle bezeichnen. Jedoch könnte die Vermutung, dass der Ausgangspunkt der Geschwulst in den Schleimdrüsen des Magens zu suchen wäre, da die Magenschleimhaut nicht entsprechend dem augenscheinlichen makroskopischen Befunde ganz intakt geblieben ist, bei dem überaus seltenen Vorkommen von Drüsenkrebsen im Oesophagus Aufnahme finden.

Aber ein Neoplasma würde wohl nicht bei seinem 4jährigen Bestehen den gleichgearteten sozusagen heimatlichen Boden verschmäht haben, um sich auf fremdem, ungeebnetem Gebiete zu entfalten. Wir können also nach meiner Meinung die geringe Fortpflanzung der Neubildung auf den Magen für vollständig nebensächlich betrachten und diese Geschwulst als ein reines Oesophaguscarcinom deuten.

Schon viel grössere Wahrscheinlichkeit und Berechtigung hat die Annahme der vereinzelt im Oesophagus vorkommenden Drüsen als Ursprungselement, und das ist wohl die geläufigste Ansicht, finde ich doch mehrere Male die Erklärung, dass nach dem Gesetz der Specifität der Zellen eine solche Geschwulst nicht von den glatten Schleimhautbelegzellen ausgegangen sein könnte, sondern kein anderer Ursprungscoefficient übrig bliebe als die cylindrische Epithelauskleidung der Speiseröhrendrüsen, weshalb in der Wucherung dieser die Veranlassung eines derartigen Carcinoms zu suchen wäre.

Erwähnenswert ist in diesem Punkte auch die Arbeit von Hewlett: The superficial glands of the oesophagus, in der die Aufmerksamkeit auf die von den bekannten submucösen Schleimdrüsen völlig verschiedenen oberflächlichen, oberhalb der Muscularis mucosae gelegenen Drüsen gelenkt wird. Dieselben kommen nicht in allen Speiseröhren, aber doch immerhin nicht gerade selten vor und liegen in Gruppen vereinigt an zwei symmetrischen Stellen der seitlichen Oesophaguswand zwischen unterem Rande der Cartilago cricoidea und dem 5. Trachealknorpel. Manchmal sind sie als dunkle Schleimhautflecken schon makroskopisch zu sehen. Mit den sogenannten Cardiadrüsen haben sie nichts gemeinsam. Sie sind kleine verzweigte tubuläre Drüsen, deren Zellauskleidung an die Magendrüsen erinnert, wenigstens finden sich hin und wieder eingestreute Belegzellen. Vielleicht sind sie als versprengte Magendrüsen aufzufassen oder als Residuen der Oesophagusdrüsen niederer Tiere. Über ihre Funktion ist nichts

bekannt. Von hohem klinischen Interesse sind sie wegen ihrer Lage, welcher dem Entstehungsorte der Pulsionsdivertikel und mancher Oesophaguscarcinome entspricht. Es liegt nahe, hier einen ursächlichen Zusammenhang zu vermuten, der aber bisher durch nichts erwiesen ist.

Schaffer fand ebenso bei der Forschung nach dem Ulcus e digestione der Speiseröhre mitten im geschichteten Pflasterepithel des unteren Oesophagus, Teile von typischem Magenepithel eingelagert und zwar will er diese Analogie „gar nicht so selten" gefunden haben.

Es liegt nun jedenfalls sehr nahe, diese lokalen Drüsenbefunde in Beziehung zu dem Charakter unseres Carcinomes zu setzen, jedoch dürfte die Erwägung der grossen Seltenheit der Cylinderepithelcarcinome im Verhältnis zu den ausserordentlich vielen Cancroiden einige Zweifel heranziehen und mit Recht weitere ätiologische Momente in den Vordergrund drängen.

C. J. Eberth weist in einer Originalmitteilung in „Fortschritte der Medicin" über: „Verirrtes Magenepithel in der Speiseröhre" auf seltene Vorkommnisse von Einsprengungen heterogenen Epithels von dem damit ausgestatteten Nachbarorgan hin, so z. B. auf das Auftreten von Plattenzelleninseln im Flimmerepithel des Kehlkopfes, und macht diese Erscheinungen nicht von pathologischen Vorgängen abhängig, sondern von kleinen Unregelmässigkeiten bei der Umwandlung des Epithels besonders bei dem Übergang in andere Epithelarten. Er schreibt: „Ein derartiges Beispiel von verirrtem Epithelkeim hatte ich jüngst Gelegenheit zu beobachten. Es handelt sich nämlich um das Vorkommen von Magenschleimhaut mitten in der Speiseröhre. Bei einem 25jährigen männlichen an Pneumonie verstorbenen Individuum fand sich im Beginn der unteren Hälfte der Speiseröhre eine circa 5 Pfennigstückgrosse rundliche scharf umschriebene Partie der Schleimhaut, die nur wenig unter dem Niveau der Umgebung gelegen war,

von der sie sich durch die stärkere Rötung im Vergleich zu der mehr weisslichen Farbe der Umgebung scharf abgrenzte; die mikroskopische Untersuchung ergab, dass das geschichtete Pflasterepithel der Schleimhaut am Rand des vermeintlichen Defektes plötzlich durch Cylinderepithel, das ganz den Charakter des Magenepithels hatte (Fehlen des Cuticularsaumes), unterbrochen wurde. Ausserdem war diese Stelle durch einen grossen Gehalt an schlauchförmigen Schleimdrüsen ausgezeichnet analog denen, welche auch im Magen vorkommen." Er sucht nun weiterhin den Charakter der Magenschleimhaut damit zu begründen, dass er eine Metaplasie des Plattenepithels in cylindrische Schleimzellen nicht anerkennt, andererseits ebenso eine unvollkommene Umwandlung des fötalen Flimmerepithels der Speiseröhre in cylindrische Zellen verurteilt. Er lässt dabei zweifelhaft, ob eine Metaplasie in loco vorläge oder ob das Plattenepithel der Mundhöhle sich allmählich von dort aus fortpflanzte, gewebsartig die Flimmerepithelien umspannte und zugleich im Kampf mit ihnen den Sieg davon trüge.

Hieraufhin erklärte E. Neumann mit den sichersten Beweisen, dass in diesem Falle nur eine Metaplasie in loco vorkäme. Er stimmt mit Eberth darin überein, dass eine mögliche Umwandlung des flimmernden Oesophagusepithels in Cylinderzellen von dem Charakter der Magenschleimhaut nicht anzunehmen wäre. Kurz, ich hielt es für berechtigt, die Relationen unter den verschiedenen Epithelarten benachbarter Organe zu betonen und die Möglichkeit eines Zusammenhanges des Cylinderzellencarcinoms mit den geschilderten Verhältnissen in Erwägung zu ziehen. Bei dem Sitze der Hauptmasse dieser Neubildung im unteren Drittel der Speiseröhre muss sich einem der Gedanke an eine Abschnürung von Magenschleimhaut zur Zeit der Bildung des Plattenepithels als Ursprungscoefficient der Geschwulst aufdrängen.

Stellen wir uns ferner bei den verschiedenen Möglichkeiten einer Entstehung von Cylinderepithel in dem Oesopha-

gus durch embryonale Versprengung bezw. durch verhinderte Umwandlung auf den Boden der Cohnheim'schen Geschwulsttheorie, so gibt ein solcher Fall von Cylinderepithelcarcinom eine schöne Illustration zu dieser geistreichen und noch heute unübertroffenen Annahme der Geschwulstentstehung.

Cohnheim führt besonders die Carcinome ihrer ersten Anlage nach auf eine Störung der embryonalen Entwickelungsverhältnisse zurück und hält die ungewöhnliche nur embryonalen Zellen zukommende Wucherungsfähigkeit für wichtig, welche in überschüssiger Produktion vorhanden an einer Stelle abgeschlossen werden und persistieren. Diese Theorie der lokalen Geschwulstanlage wird zunächst argumentiert durch die Erblichkeit von gleichartigen Geschwülsten bestimmter Lokalitäten und Systeme. Die hierfür vielfach aufgestellten Statistiken gestatten keine genügende Einsicht; speziell für den Oesophagus hat laut Jacoby Mackenzie unter 60 Speiseröhrencarcinomen 11 = 18,3 % hereditäre gefunden, Cölle unter 73 Fällen 5 = 6,8 %. Zur weiteren Bekräftigung seiner Theorie zieht Cohnheim die für uns besonders in Betracht kommende Heterologie der Geschwülste heran; er beruft sich selbst auf die entwickelungsgeschichtlichen Vorkommnisse im Oesophagus bei der Begründung seiner Anschauung, wenn er behauptet, dass der Speiseröhrenkrebs an der Bifurcationsstelle der Trachea am häufigsten vorkäme, weil hier sich bei der Ausstülpung der Lungenflügel aus dem Schlunddarm komplizierte Vorgänge abspielten, die eine persistierende Epithelverirrung und -versprengung ganz natürlich erscheinen liessen. Obwohl dies nach der Mehrzahl der Statistiken nicht die Prädilektionsstelle ist und auch nicht mit unserem Falle übereinstimmt, so sagt Jacoby ganz recht: „Wenn man indes bedenkt, dass das Längenwachstum des Oesophagus versprengte Keime auseinander gezogen haben kann, so ist in der oben gefundenen Lage der Prädilektions-

stelle mindestens kein Grund gegen die Cohnheim'sche Hypothese zu finden."

Ist nun der Sprung von dieser Hypothese zum aufklärenden Schluss über den cylinderepithelialen Charakter der Geschwulst nicht weit, um so schwerer wird es sein, die Irritationstheorie zur diesbezüglichen Argumentation ins Treffen zu führen. Wir müssten schon annehmen, dass eine Metaplasie des Plattenepithels erfolgt wäre, oder dass die irritierende Ursache gerade die tiefer gelegenen Drüsen getroffen hätte. Dieses Cylinderepithelcarcinom dürfte wohl eher zu Ungunsten als zur Begründung der Anschauung anzuführen sein. Cohnheim lässt sie auch vollständig in den Hintergrund treten, er misst ja den Traumen, entzündlichen Vorgängen und anderen irritierenden Momenten nur accidentellen Einfluss bei: „Wenn äussere Umstände, d. h. ihre Ernährung und ihre Beziehungen zur Umgebung es gestatten, geraten sie (die als Urelement jeder Geschwulst persistierenden embryonalen Keime) in Wucherung und bilden Geschwülste. In diesem Sinne kann ein Trauma wirken, in der Regel aber entzieht sich der Anstoss zur Entwickelung unserer Einsicht."

Nur beiläufig will ich die Annahme erwähnen, dass unser Carcinom als eine infectiöse Geschwulst zu betrachten oder auf Grund dieser Theorie zu erklären wäre, da in neuerer Zeit in dieser Richtung sehr oft verfrühte und jegliche gesunde Basis entbehrende Veröffentlichungen losgelassen werden. Wir dürften wohl auf grosse Schwierigkeiten und Widersprüche stossen, wenn wir uns auf eine kritische Erörterung über das Cylinderepithelcarcinom des Oesophagus mit Hülfe dieser Infectionstheorie einlassen wollten.

Wir werden also nach solchen unbefriedigenden Abschweifungen gerne wieder zur Cohnheim'schen Hypothese zurückkehren, die uns sicherlich nicht in diesem Falle im Stich lässt, sondern die einzig offenbarste und prägnanteste Begründung gewährt.

Schliesslich möchte ich bei diesem Carcinom auf den verhältnismässig langsamen Verlauf und den geringen Einfluss der Geschwulst auf den Gesamtorganismus hinweisen. War zunächst der Kräfte- und Körperverfall auf eine ungenügende Nahrungsaufnahme zurückzuführen, so blieb es doch weiterhin bewundernswert, dass mit Hülfe der glücklichen Magenfisteloperation trotz des deletären und unbeschränkt weiterwuchernden Gewächses der Patient sich relativ wohl fühlte, ja sogar noch beinahe zwei Jahre arbeitsfähig war. Erst als das Carcinom seinen Ursprungsplatz verliess, die benachbarten Gefässe arrodierte und seine verheerenden Metastasen über den Körper aussäte, musste ihm der Patient in verhältnismässig kurzer Zeit zum Opfer fallen.

Zum Schlusse habe ich die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr v. Baumgarten für die gütige Überlassung des Falles und für die freundlichst gewährte Unterstützung bei dieser Arbeit, sowie besonders Herrn Privatdocenten Dr. Dietrich für seine liebenswürdige Anleitung und stete hilfreiche Bereitwilligkeit meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Litteratur-Verzeichnis.

Ziegler, Lehrbuch der pathologischen Anatomie.

Schmaus, Grundriss der pathologischen Anatomie.

Zenker-Ziemssen, Die Krankheiten des Oesophagus.

E. Neumann, Fortschritte der Medizin, J. XV. Die Metaplasie des foetalen Oesophagusepithels.

C. J. Eberth, Fortschritte der Medizin, J. XV. Verirrtes Magenepithel in der Speiseröhre.

König, Die Krankheiten des Oesophagus, Deutsche Chirurgie. Lieferung 35. 1890.

Hewlett, Centralblatt des innern Medizin, 22. Jahrgang. Nr. 12. The superficial glands of the oesophagus.

Schaffer, Münchener mediz. Wochenschrift. J. 1901.

Karewsky, Deutsche mediz. Wochenschrift. J. 92. Adeno carcinom des Oesophagus.

Cohnheim, Allgemeine Pathologie I.

Böhm, I.-D., München 97.

Cölle, I.-D., Göttingen 96.

Jacoby, Alfred, I.-D., Leipzig 1898.

Kinscher, I.-D., Erlangen 98. Zur Casuistik des Oesophaguskrebses.

Knaut, I.-D., Berlin 96.

Petri, I.-D., Berlin 1868.

Merkel, I.-D., Erlangen 97.

Röpke, I.-D., Kiel 1889. Beiträge zur Ätiologie des Oesophaguscarcinoms.

Voigt, Max, I.-D, Tübingen 1894.

Rebitzer, I.-D., München 89.

Borst, Die Lehre von den Geschwülsten. Wiesbaden 1902.

Lebenslauf.

Ich, Wilhelm Heinrich Meyer evang. Religion, bin geboren am 15. Februar 1879 in Detern, Kreis Leer, Ostfriesland als Sohn des Tierarztes Heinrich Meyer und seiner Gemahlin Johanne, geb. Jürgens. Ich besuchte in Leer die Elementarschule und in Wilhelmshaven das Gymnasium, das ich zu Ostern 1898 mit dem Zeugnis der Reife verliess, um mich dem Studium der Medicin zuzuwenden und im ersten Semester zu gleicher Zeit meiner ersten halbjährigen Militärpflicht beim Inf. Reg. Nr. 180 zu genügen. Während meiner Studienzeit war ich an den Universitäten Tübingen, Bonn und Berlin immatrikuliert und zwar 8 Semester in Tübingen, je eins in Bonn und Berlin. Frühjahr 1900 bestand ich das Tentamen Physicum vor der Prüfungskommission in Tübingen, ebendaselbst im Winter 1902/03 das Staatsexamen. Seit März d. J. halte ich mich in Baden-Baden als Assistent des Herrn Dr. Ebers im dortigen Sanatorium auf.

Baden-Baden, Juli 1803.